



**FORMULARIO ÚNICO EXTENSIÓN A CAUSAL NO PREVISTA  
DECLARACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA INDIVIDUAL**

Artículo 119 ter del Código Sanitario, introducido por la Ley N°21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales y Decreto N° 67 de 2018 del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento para ejercer objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario.

Aprobado por Resolución Exenta N° 1624 de 2018 del Ministerio de Salud.

Nombre completo	
Nacionalidad	
Número de C.I. o pasaporte	
Indicación del título profesional o técnico	
Cargo o función	
Establecimiento de salud	

Que por este acto, manifiesto la voluntad de extender mi declaración de objeción de conciencia de la siguiente forma (Indicar la o las causales sobre las cuales se extiende).

- Causal N°1: La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.
- Causal N° 2: El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.
- Causal N°3: Embarazo sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurridos los plazos dispuestos por la Ley.

b. \_\_\_\_\_

Firma de Objeto

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello de Director del  
Establecimiento de Salud  
Receptor de la declaración

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha de la Declaración: \_\_\_\_\_

Hora de la Declaración: \_\_\_\_\_

Nota: La manifestación de la extensión de objeción de conciencia deberá otorgarse en dos formularios originales, uno de los cuales quedará en poder del declarante, y uno en poder del establecimiento.